

糖尿病性腎症重症化予防のための連携用紙
腎臓病 診療情報提供書

令和 年 月 日

〈 紹介先医療機関名 〉

〈 紹介元医療機関 〉

所在地：

名所：

電話番号：

医師氏名：

科	先生
---	----

フリガナ		性別	
患者氏名			
患者住所	〒		
電話番号	電話番号： ()		
生年月日			

傷病名	
-----	--

紹介目的（基準） 糖尿病であり、かつ腎障害が存在していること

【糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること】①から④のいずれかに該当

- ☐ ①空腹時血糖126（mg/dL）以上、またはHbA1c6.5%以上
☐ ②糖尿病治療中
☐ ③過去に糖尿病治療歴あり
☐ ④糖尿病網膜症

【腎障害が存在しているか存在が疑われる状態であること】⑤から⑨のいずれかに該当

- ☐ ⑤尿蛋白が1＋以上
☐ ⑥eGFRが45（mL/分/1.73m²）未満
☐ ⑦2年以内にeGFRが30%以上低下
☐ ⑧eGFRが60（mL/分/1.73m²）未満かつ微量アルブミン尿の確認
☐ ⑨eGFRが60（mL/分/1.73m²）未満かつ診察室血圧140/90mmHg以上

既往歴	☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 虚血性心疾患 ☐ その他（ ）
-----	--

家族歴	☐ 有（ ） ☐ 無
-----	--

生活歴・治療内容・経過・検査結果（現在の処方内容、半年以内の処方歴や臨時処方など）

☐ 別記 ☐ お薬手帳 参照

紹介時に把握しておくことが望ましい情報等 （データ添付可）

身長	(cm)	空腹時血糖	(mg/dL)	Hb	(g/dl)
体重	(kg)	食後血糖	(mg/dL)	Alb	(g/dl)
BMI		HbA1c	(%)	Cr	(mg/dL)
血圧	/ (mmHg)	尿アルブミン	(mg/gCr)	eGFR	(mL/1.73m)
		尿たんぱく			

follow upに関する希望

- ☐ 治療およびfollow upとも紹介先に任せる
☐ 自院で治療およびfollow upを行う
☐ 紹介先と自院で連携して治療およびfollow upを行う

備考